DE L'ANÉVRYSME SPONTANÉ DE L'ARTÈRE POPLITEE;

N° 192.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 août 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR G.-P. LECORPS, de Tessy,

Département de la Manche.

Tout est dit, et l'on vient trop tard : on ne fait que glaner après les anciens et les habiles d'entre les modernes; il faut chercher seulement à penser et à parler juste. LABRUYÈRE, *Caract.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Suppléant.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs.	Messieurs.
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonab.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau, *Examinateur.*
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Suppléant.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Puissiez-vous, chers parens, éprouver autant de bonheur à recevoir mes premiers essais dans la carrière médicale, que j'en ressens à vous les offrir! Puissiez-vous trouver dans l'hommage que je vous fais de ma thèse inaugurale l'expression de ma vive reconnaissance pour les généreux sacrifices que vous n'avez cessé de vous imposer pour mon éducation, de mon profond respect et de ma sincère amitié!

A MON FRÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

G.-P. LECORPS.

G.-P. LECOMPS.

DE L'ANÉVRYSME SPONTANÉ

DE

L'ARTÈRE POPLITÉE.

Considérations générales.

L'expression *d'anévrysme* ou *d'aneurusme*, comme l'écrivait le fameux *Van-Swiéten*, dérive du mot grec ἀνεύρυσμα, et signifie une tumeur causée par la dilatation ou l'ouverture d'une artère.

Fernel enseigna le premier que les anévrysmes étaient toujours des artères dilatées. Cette opinion fut embrassée par *Forestus*, *Diemembroek* et autres; mais enfin les observations de *Lancisi*, *Friend*, *Guattani* et *Morgagni* vinrent prouver l'inexactitude de celles d'après lesquelles on voulait rapporter tous les anévrysmes à la seule dilatation des vaisseaux. En un mot, comme l'a fait voir M. *Hodgson*, les auteurs nommés ci-dessus établirent que l'anévrysme peut résulter soit de la rupture, soit de la dilatation des tuniques d'une artère, soit de ces deux conditions réunies, la dilatation ayant précédé la rupture.

Les anévrysmes ont été divisés en traumatiques et en spontanés, suivant qu'ils étaient ou non la suite d'une blessure. Les anévrysmes spontanés sont vrais ou mixtes. Les anévrysmes vrais sont ceux dans lesquels toutes les tuniques artérielles, également dilatées, concourent à

former la tumeur sanguine. On appelle *anévrysmes mixtes*, ceux qui résultent de la dilatation d'une ou de deux de ces tuniques, avec division ou rupture de l'autre ou des deux autres : on les nomme *mixtes externes*, si c'est la tunique externe ou celluleuse qui est dilatée; *mixtes internes*, si ce sont les tuniques interne et moyenne qui forment le sac anévrysmal, saillant à travers la membrane extérieure ou celluleuse. Quelques expériences de *Haller* sur les vaisseaux du mésentère des reptiles en avaient fait pressentir la possibillité. Une pièce pathologique, présentée à la Faculté de médecine, il y a environ vingt ans, par MM. *Dubois* et *Dupuytren*, en a démontré l'existence sur la partie antérieure de la crosse de l'aorte, et sur la partie supérieure de la portion descendante.

Les anévrysmes traumatiques se divisent en *faux primitifs*, *faux consécutifs*, *varices anévrysmales* et *anévrysmes variqueux*. L'*anévrysme faux primtif* (anévrysme faux non circonscrit, anévrysme diffus, tumeur hémorrhagiale non circonscrite) est une tumeur irrégulière, quelquefois très-étendue, formée par l'épanchement et l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire, à la suite de la blessure d'une artère. L'*anévrysme faux consécutif* (anévrysme faux circonscrit, anévrysme faux enkysté ou sacciforme, tumeur hémorrhagiale circonscrite) est une tumeur circonscrite par des parois celluleuses, adossée à une artère avec laquelle elle communique par une ouverture étroite, arrondie ou ovale, de peu d'étendue, produite par une blessure plus ou moins ancienne. On appelle *varice anévrysmale*, une tumeur qui survient à la suite de la double lésion d'une artère et d'une veine correspondante, lorque, par une sorte d'anastomose contre-nature, le sang, passant de l'artère dans la veine, distend les parois de ce dernier vaisseau. *Hunter* l'a décrite sous le nom d'*anévrysme par anastomose*, et beaucoup d'auteurs sous celui d'*anévrysme variqueux;* mais aujourd'hui on appelle *anévrysme variqueux*, l'anévrysme faux consécutif, qui se forme quelquefois entre une varice anévrysmale et une artère blessée, si l'artère et la veine ne sont pas intimement unies, et si l'obliquité de la veine empêche le sang artériel d'y pénétrer avec facilité;

et l'on nomme *anévrysme par anastomose* (anévrysme par érosion, anévrysme de *Pott*, anévrysme des plus petites artères), les tumeurs sanguines, plus connues sous le nom de *tumeurs érectiles*.

On a aussi distingué les anévrysmes, sous le rapport de leur siége, en *externes* et en *internes* : ceux-ci se développent dans les artères des cavités splanchniques, et leur position les rend pour la plupart inaccessibles aux moyens chirurgicaux; les premiers, au contraire, sont ainsi appelés, parce que leur siége permet l'emploi de ces moyens.

Ne pouvant embrasser un sujet aussi vaste, je me bornerai à présenter pour ma thèse inaugurale un essai sur l'anévrysme spontané de l'artère poplitée. Je donnerai d'abord la description anatomique des artères fémorale et poplitée; je parlerai ensuite des causes, du mode de développement, du diagnostic, du prognostic, et enfin du traitement de cet anévrysme.

Description anatomique des artères fémorale et poplitée.

L'artère fémorale s'étend depuis le milieu de l'arcade crurale jusqu'à l'endroit où les deux tiers du fémur s'unissent avec son tiers inférieur ; là, elle s'engage dans la gouttière aponévrotique du grand adducteur, et prend, au-delà, le nom d'artère poplitée. Elle fournit à sa sortie du ventre des rameaux pubiens, inguinaux et abdominaux; plus bas, elle donne une branche considérable, appelée *crurale profonde*. Les branches que celle-ci fournit sont celles qu'il importe le plus de connaître, parce qu'elles établissent les anastomoses les plus variées et celles sur lesquelles repose toujours le succès de l'opération de l'anévrysme de l'artère poplitée. Cette artère naît de la partie postérieure de la fémorale entre le pubis et le petit trochanter, se plonge entre les muscles de la partie interne de la cuisse, traverse le moyen adducteur, et va se terminer dans la courte portion du biceps et dans le muscle demi-membraneux.

Les premières branches remarquables que fournit la petite crurale ou fémorale sont, la circonflexe externe et la circonflexe interne; elles donnent de nombreux rameaux aux muscles situés autour de l'articulation ischio-fémorale, et s'anastomosent avec les branches de l'hypogastrique. Quelques-uns de ces rameaux descendent vers le genou, et s'y anastomosent avec les articulaires poplitées et la récurrente du genou; ensuite viennent trois ou quatre musculaires, qui se portent à la face postérieure de la cuisse, où elles se perdent.

L'artère fémorale parcourt ensuite superficiellement toute la longueur de la cuisse, en la contournant de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière.

L'artère prolitée s'étend depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'à la réunion du quart supérieur de la jambe, avec ses trois quarts inférieurs. Dans ce trajet elle fournit plusieurs branches remarquables (articulaires poplitées), distinguées en *supérieures*, *moyennes* et *inférieures*, qui se distribuent autour de l'articulation du genou, et s'y anastomosent entr'elles, ainsi qu'avec les rameaux de la grande musculaire de la cuisse (fémorale profonde) et la récurrente du genou.

Il résulte de la distribution des artères fémorale et poplitée, qu'il existe des anastomoses fréquentes entre toutes les divisions de ces artères : d'abord entre les premières branches fournies par la fémorale et les artères superficielles du bas-ventre et celles du bassin; ensuite entre les divisions multipliées de cette première et la petite fémorale, mais surtout entre ces deux dernières et la poplitée, par le moyen des articulaires, qui, de plus, établissent une communication entre la fémorale et les artères du membre inférieur.

Toutes ces anastomoses, et principalement la dernière, étaient des plus nécessaires pour pouvoir espérer quelque succès de l'opération de l'anévrysme poplité; et, comme le dit *Scarpa :* « On peut inférer de ces diverses anastomoses que la nature a ménagé un passage au sang, même à travers les artères nourricières du fémur, entre la fémorale profonde et superficielle, dans le lieu où cette dernière prend

le nom de poplitée. Si l'on ajoute à toutes ces anastomoses le nombre prodigieux des communications des artères, quelques déliées qu'elles soient et qui échappent à la vue, on voit s'accroître considérablement les voies par lesquelles le sang peut arriver à l'artère poplitée, et par conséquent aux artères de la jambe et du pied, malgré que l'artère fémorale superficielle soit oblitérée, gênée ou liée artificiellement dans les divers points de tout le trajet qu'elle parcourt, depuis l'origine de la fémorale profonde jusqu'au genou. » (*Scarpa*, réflexions sur l'anévrysme.)

Étiologie.

L'anévrysme n'attaque pas également tous les individus et ne se montre pas à tous les âges. Cette maladie est moins commune chez les enfans que chez les adultes; les vieillards y sont très-sujets. Le tempérament bilioso-sanguin a plus de dispositions à contracter cette maladie que le lymphatique. Les femmes paraissent y être moins exposées que les hommes. Quelques années avant la mort de *J. Hunter*, M. *Wilson* lui entendit faire la remarque qu'il n'avait jamais rencontré une femme affectée d'anévrysme vrai. M. *Hodgson*, en établissant le rapport comparatif des anévrysmes des artères poplitée et fémorale chez l'homme et chez la femme, a trouvé le rapport de 14 à 1. Après l'anévrysme de l'artère aorte, celui de la poplitée est le plus commun.

Causes prédisposantes de l'anévrysme poplité. Ces causes sont toutes celles qui proviennent de la conformation ou disposition des artères et des efforts dirigés sur le système circulatoire; ainsi, l'épaisseur trop considérable du ventricule gauche du cœur, le rapport défavorable qui existe entre la capacité et l'épaisseur des parois de l'artère, sa compression lente et graduée. Je considérerai encore comme causes prédisposantes, les vices dartreux, scorbutique, vénérien; la paralysie, la faiblesse générale observée par *Monro*.

Haller et quelques autres physiologistes ont prétendu que la dénu-

dation de l'artère poplitée, causée par les ulcères gangréneux, était aussi une cause prédisposante à son anévrysme. L'expérience prouve tous les jours le contraire. A la suite d'un ulcère gangréneux ou de toute autre lésion qui a mis une artère à nu et l'a privée de tout le tissu qui l'enveloppe, on trouve, après la guérison, ses tuniques épaissies, denses, et son calibre diminué.

La *diathèse anévrysmale*, ainsi nommée par *Morgagni* et *Dehaen*, a été révoquée en doute par plusieurs praticiens ; cependant les observations d'auteurs célèbres sembleraient devoir la faire admettre. *Lancisi* et *Warner* ont trouvé un cadavre sur lequel il y avait plusieurs anévrysmes. MM. *Boyer* et *Dupuytren* en ont rencontré aussi un grand nombre sur le même sujet. M. *Pelletan* rapporte : « avoir compté « sur un homme d'un certain âge soixante-trois de ces tumeurs « anévrysmales ; le sujet était maigre et dans un état de cachexie. »

Enfin, parmi toutes ces causes prédisposantes, il n'en est aucune qui soit aussi fréquente que les dégénérations lentes, ulcéreuses, stéatomateuses de la membrane interne de l'artère poplitée : elles produisent bien plus fréquemment l'anévrysme que l'accroissement de la force projectile du cœur.

Causes efficientes. Dans celles-ci, je rangerai les efforts violens des membres inférieurs ; les chutes, les coups, les sauts, l'abus des plaisirs vénériens, des liqueurs alcoholiques, etc. ; mais l'artère poplitée en a qui tiennent principalement à sa situation et à la disposition de ses parties environnantes ; en effet, les observations et les expériences de M. le professeur *Richerand* l'ont convaincu que les anévrysmes de l'artère poplitée étaient le plus souvent causés par le tiraillement du jarret.

« Leur fréquence, a dit ce professeur, ne dépend point de ce que l'artère est plongée dans le milieu d'un tissu cellulaire très-extensible ; car la fémorale, dans son tiers supérieur, n'est pas mieux soutenue par les parties circonvoisines ; mais cela tient à la situation de l'artère derrière le genou, articulation dont l'extension n'est bornée que par

la résistance qu'opposent les tendons, les ligamens et autres parties molles placées en arrière. Or, dans le tiraillement qu'éprouvent toutes les parties postérieures à l'articulation, lorsque la jambe est fortement étendue sur la cuisse, l'artère, dont le tissu cellulaire est plus fragile, s'affaiblit et se rompt avec facilité. Aussi, répète M. *Richerand :* « de douze anévrysmes de l'artère poplitée que nous avons observés, dix reconnaissent pour causes probables le tiraillement du jarret dans une violente extension de la jambe. » (Nosogr. chir.)

Mode de développement.

Un effort violent, une chute, une contusion, sont quelquefois la cause accidentelle de l'anévrysme de l'artère poplitée, tantôt en donnant lieu à quelque lésion organique, tantôt en produisant la rupture des tuniques artérielles affaiblies ou fragiles. Les membranes propres de l'artère venant à se rompre, le sang s'épanche dans la tunique celluleuse, et forme une tumeur qui, en très-peu de temps, peut acquérir un volume considérable. Dans le moment de l'accident, les blessés éprouvent ordinairement une douleur vive et la sensation d'un déchirement intérieur ; ils entendent quelquefois le bruit que ce déchirement occasionne ; ils ressentent de l'engourdissement dans la jambe, et ne peuvent ensuite la mouvoir qu'avec douleur et difficulté.

Lorsque la membrane interne de l'artère poplitée a été perforée par des écailles ou par des granulations osseuses, ou qu'elle ne présente que des ulcérations de peu d'étendue, quand les fibres de la tunique moyenne ont été éraillées, écartées, ou qu'elles ont déjà commencé à être détruites par une ulcération, le sang ne s'échappe que peu à peu du vaisseau, et l'anévrysme, dans son origine, ne consiste que dans une sorte d'ecchymose entre la tunique fibreuse et la tunique celluleuse : le sang extravasé se coagule et bouche momentanément l'ulcération. Celle-ci venant à s'agrandir, de nouvelles quantités de sang s'échappent et forment de nouveaux caillots. Au bout de quelque temps, la crevasse des tuniques moyenne et fibreuse est assez large

pour que le sang y pénètre et puisse refluer dans le vaisseau. C'est alors que l'anévrysme se caractérise par des signes extérieurs, et que son accroissement devient plus rapide. La tunique celluleuse se laisse distendre; elle forme une poche plus ou moins large, compressible, pulsative, adossée à l'artère poplitée, et communiquant avec elle par une ouverture plus étroite que le corps de la tumeur. Cette ouverture est irrégulière, à bords flottans, frangés, déchirés, et située ordinairement au centre d'une espèce de cloison formée par les membranes fibreuse et interne perforées. Si l'ulcération continue à s'élargir, cette cloison peut disparaître, et l'on ne trouve plus vis-à-vis la tumeur anévrysmale qu'une espèce de gouttière formée par le côté de l'artère qui est resté intact.

Dans quelques cas rares, les deux membranes profondes sont détruites ou ont été déchirées dans tout le pourtour du vaisseau, et il n'existe pas alors de cloison dans l'intérieur de la tumeur. A mesure que l'anévrysme augmente de volume, de nouveaux caillots se forment dans sa cavité : les plus anciennement formés restent adossés au kyste anévrysmal; ils acquièrent de la consistance; ils prennent une couleur blanchâtre, jaunâtre, deviennent entièrement fibrineux, et sont disposés par couches concentriques plus ou moins nombreuses. Les caillots les plus récens, placés au centre de la tumeur et près de son ouverture de communication avec la poplitée, sont beaucoup plus mous et de couleur rouge foncée tirant sur le noir. Les caillots fibrineux contribuent pendant quelque temps à soutenir l'effort du sang; mais, en s'accumulant, ils finissent par contribuer à accélérer la rupture du kyste anévrysmal, qui a lieu encore plus promptement lorsqu'il est lui-même affecté d'ulcération, soit à sa surface interne, soit à sa surface externe.

Lorsque l'anévrysme de l'artère poplitée est, dans son origine, produit par la dilatation de toutes les tuniques, ce qui est assez rare, ses progrès sont plus lens. La tumeur peut même rester stationnaire pendant quelque temps; mais tout à coup son volume devient beaucoup plus considérable, et c'est ordinairement à la suite d'un effort, d'un

mouvement violent, etc., que ce phénomène a lieu. Cette augmentation subite dans le volume de la tumeur tient à la rupture des deux membranes internes et à l'épanchement du sang dans la membrane celluleuse. C'est alors que commence la seconde période de la maladie : c'est aussi à cette époque qu'on lui a donné le nom d'*anévrysme mixte externe.*

A mesure que l'anévrysme poplité augmente de volume, le kyste anévrysmal augmente d'épaisseur pendant un certain temps, soit parce que la nutrition y devient plus active, soit parce qu'il s'approprie les lames du tissu cellulaire voisin. Il acquiert dans quelque cas une épaisseur très-considérable, et devient dans quelques-unes de ses parties fibreux et même fibro-cartilagineux. Les nerfs, les muscles de la région poplitée, tiraillés, comprimés, convertis en rubans aplatis, sont quelquefois désorganisés et accolés plus ou moins intimement au sac anévrysmal; les veines de la jambe deviennent variqueuses; cette partie du membre inférieur s'œdématie; quelquefois les condyles du fémur et du tibia sont détruits; tantôt le périoste s'accole au kyste et augmente encore son épaisseur, tantôt il est également détruit. Les cartilages et les fibro-cartilages de l'articulation fémoro-tibiale participent aussi à cette désorganisation, mais ils résistent plus long-temps que les os. Pendant que l'anévrysme de l'artère poplitée déforme et désorganise toutes les parties molles et solides qui se trouvent dans les environs, il éprouve lui-même des changemens fâcheux; la crevasse de l'artère poplitée s'agrandit; les caillots s'accumulent dans le kyste; la tumeur prend quelquefois, à la suite d'un mouvement, d'un effort, d'un choc, un accroissement rapide; elle devient en même temps irrégulière, bosselée, et cesse de présenter une consistance uniforme et des pulsations isochrones aux battemens du pouls; elle se ramollit dans sa partie la plus saillante; elle devient adhérente à la peau, qui s'amincit et prend une teinte bleuâtre; des escharres gangréneuses se forment dans l'épaisseur de cette membrane; lorsqu'elles viennent à se détacher, il sort du fond de la plaie des lambeaux de tissu cellulaire désorganisé, des caillots noirâtres, du sang grumeleux : on est

alors certain que le kyste est rompu ; des caillots et du sang fluide continuent à s'échapper de l'anévrysme ; les forces du malade s'épuisent rapidement, et, si les couches fibreuses qui opposent encore un obstacle à l'issue du sang viennent à se détacher ou à se rompre largement, il survient une hémorrhagie qui occasionne en peu d'instans la mort.

Tous les malades affectés d'anévrysme de l'artère poplitée ne meurent pas d'hémorrhagie : quelques-uns succombent à la gangrène qui s'empare de la jambe ou des parties voisines de la tumeur, d'autres périssent par la longueur et la violence de leurs souffrances.

Diagnostic.

L'anévrysme spontané de l'artère poplitée peut avoir son siége à la partie moyenne de cette artère, à sa partie inférieure ou à sa partie supérieure.

Toutefois, quel que soit le siége de cet anévrysme, on rencontre presque toujours les symptômes suivans : tumeur légère sur le trajet de l'artère poplitée, d'abord ronde ou oblongue, toujours expansible, molle, circonscrite, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau, ayant des pulsations isochrones à celles du cœur, qui disparaissent si on comprime l'artère au-dessus de la tumeur, et qui se présentent avec tous les phénomènes qui les caractérisent, si on la comprime au-dessous. Le malade ne ressent point de douleurs, les mouvemens du membre affecté se font, en général, avec facilité.

Le diagnostic devient plus difficile lorsque l'anévrysme est ancien, volumineux, irrégulier; lorsque ses parois sont très-épaisses, ou qu'il contient beaucoup de caillots fibrineux et qu'il n'y pénètre qu'une petite quantité de sang. Il est encore plus obscur quand le membre est infiltré, et lorsque la crevasse de l'artère se trouve dirigée vers l'articulation fémoro-tibiale. Dans ces différens cas, les pulsations n'ont plus lieu, ou elles ne sont que momentanées et très-

obscures. A la vérité, on parvient quelquefois à les rendre plus sensibles, en exerçant durant quelque temps une compression assez forte sur la tumeur anévrysmale ou au-dessous d'elle.

La dilatation et le resserrement de la tumeur mérite la plus grande attention; car, quoique l'anévrysme ait des caractères qui lui sont propres, il peut arriver cependant, dans quelques cas, que son défaut de battement, sa fluctuation, son ancienneté rendent le diagnostic très-difficile, et mettent le praticien dans le cas de confondre cette maladie avec une autre : voici les caractères qui peuvent la faire distinguer.

Nous avons dit plus haut que la tumeur anévrysmale avait des pulsations isochrones aux battemens du cœur, que son mouvement de dilatation se portait dans toutes les parties de la tumeur, comme si, de son centre, il partait un nombre prodigieux de rayons qui se rendraient à sa surface; ensuite nous avons observé que la maladie prenait un accroissement très-rapide. Dans les abcès froids, maladies avec lesquelles on peut le plus souvent confondre l'anévrysme poplité, tout est différent : les abcès, au lieu d'avoir un battement dans tous les sens, n'ont qu'un mouvement de totalité, une sorte de locomotion beaucoup plus forte à l'endroit qui correspond à l'artère que dans tout autre point de la tumeur.

Si on change le malade de position, le point de battement qui paraissait le plus fort change aussi de lieu. D'ailleurs, les abcès croissent beaucoup plus vite dans le principe que dans tout autre temps de leur cours, ce qui est opposé dans la tumeur anévrysmale.

Si, malgré toutes ces précautions, on ne peut point distinguer les phénomènes de la maladie, on devra recourir aux circonstances qui ont précédé, aux signes commémoratifs, et ne point se hâter d'opérer.

Prognostic.

Le prognostic de l'anévrysme poplité est en général très-grave; car abandonnée à elle-même, cette maladie fait périr le sujet par la rup-

ture du sac anévrysmal, et l'effusion du sang. On connait cependant quelques exemples de guérion spontanée; *Guattani*, *Flajanni*, en ont observé plusieurs au creux du jarret; *Mazotti*, cité par *Scarpa*, rapporte « qu'un homme avait un anévrysme à l'artère poplitée; on « proposa l'amputation comme la seule ressource pour conserver sa « vie; il se refusa à toute espèce de soins et s'abandonna à la nature; « la tumeur s'ouvrit sans effusion de sang et le malade fut radicale- « ment guéri. »

Les circonstantes qui peuvent influer sur le jugement que l'on doit porter sont relatives, 1°. à la situation de la tumeur, 2°. à l'étendue de la partie du tube artériel malade, 3°. à son ancienneté, 4°. à son volume, 5°. à la cause qui l'a produite, 6°. à la douleur, 7°. à l'âge, 8°. à ses complications.

Le volume, l'étendue de l'anévrysme, la longueur très-considérable de la portion du tube artériel affecté, sont autant de circonstance peu favorables, par la raison que les vaisseaux collatéraux ayant été continuellement comprimés, n'ont pu se dilater et favoriser la nouvelle circulation qui doit s'établir dans le membre. La condition la plus avantageuse est donc celle d'une tumeur petite, ancienne et sans douleur.

Relativement à sa situation, on peut affirmer que l'anévrysme de l'artère poplitée est moins désavantageusement situé à la partie supérieure ou moyenne de cette artère que vers sa division: dans ce dernier cas, on conçoit la difficulté de la ligature inférieure, si on opère par la méthode des anciens, et l'impossibilité de la faire sans comprendre la veine, le nerf poplité interne, et même quelquefois les articulaires inférieures, ressource que doit se ménager l'opérateur, et sur laquelle est fondé le succès de l'opération.

Quant à l'âge, l'enfant et l'adulte présentent des chances plus heureuses que le vieillard, dont le tissu moins extensible des vaisseaux s'oppose davantage au développement des collatérales, et se prête moins aux changemens qui surviennent dans la circulation.

Enfin, par rapport à ses complications, on peut regarder la des-

truction des os, les tumeurs lymphatiques, les abcès fistuleux, une plaie avec fracture près de l'endroit anévrysmé, une étendue considérable d'artère ossifiée, plusieurs anévrysmes, comme des circonstances défavorables qui contr'indiquent l'opération, et qui nécessitent ordinairement l'amputation du membre.

Traitement.

Deux indications se présentent pour la cure de l'anévrysme de l'artère poplitée.

La première consiste à rapprocher les parois du sac, à opérer graduellement la diminution de la tumeur et à amener l'oblitération de l'artère, condition sans laquelle il n'y a point de guérison radicale.

Dans la deuxième, on se propose de favoriser le passage du sang dans les vaisseaux collatéraux, afin de les dilater et de les mettre à même de suppléer à l'artère principale.

On parvient à ce but par trois moyens différens : 1°. par la méthode débilitante ou de *Valsalva*, 2°. par la compression, 3°. par la ligature.

1°. *Méthode de* Valsalva.

Cette méthode consiste à affaiblir le malade par degrés, et, comme le dit son auteur, jusqu'à ce qu'il ne reste plus dans les vaisseaux que la quantité de sang nécessaire pour l'entretien de la vie. On y parvient par les saignées répétées, un régime sévère, le repos absolu, l'éloignement de toute affection morale vive, l'usage des boissons acidulées avec le vinaigre, l'acide sulfurique, l'eau de *Rabel*. On peut joindre à ce traitement les réfrigérans sur la tumeur, tels que la glace pilée, l'eau glacée, la neige, l'eau végéto-minérale froide. On a aussi placé quelquefois sur la tumeur des sachets de tan trempés dans le vin ou le vinaigre.

Quoique l'on trouve dans les auteurs plusieurs exemples de guéri-

son de l'anévrysme poplité après l'emploi de cette méthode, je crois pourtant qu'on ne peut la considérer que comme un moyen palliatif souvent dangereux. On doit l'abandonner lorsqu'on veut obtenir la cure radicale de cet anévrysme.

2°. *Compression.*

Je diviserai la compression en *médiate* ou *indirecte*, et en *immédiate* ou *directe*. Dans le premier cas, elle agit sur l'artère à travers la peau et le tissu cellulaire des parties voisines; dans le deuxième, l'artère est mise à nu, et c'est sur le tube même qu'agissent les moyens de compression.

Compression médiate.

La compression médiate se fait sur la circonférence du membre, sur la tumeur elle-même ou au-dessus d'elle. Avant de parcourir ces trois modes d'action, indiquons les cas qui peuvent la contr'indiquer.

On doit la rejeter toutes les fois que le volume, la rénitence, l'ancienneté et la sensibilité de la tumeur sont considérables, lorsque le sac anévrysmal s'est rompu et que le sang s'est épanché dans les tissus qui l'environnent, quand l'engorgement du membre a lieu, et qu'il se trouve dans cet état qu'on nomme *obésité*.

On pourra, au contraire, avoir recours à la compression médiate, lorsque la tumeur anévrismale sera molle, d'une grosseur peu considérable, et non douloureuse.

La compression sur la surface du membre est due à *Théden;* elle se fait par le moyen d'une longue bande avec laquelle on enveloppe tout le membre inférieur, en commençant par les orteils, et suivant successivement par doloires jusqu'à la tumeur anévrysmale, sur laquelle on applique deux compresses épaisses que l'on soutient par plusieurs tours de bande qu'on continue jusqu'au tronc. Cette compression a été employée sans succès par M. *Boyer* et plusieurs autres praticiens. Ayant l'inconvénient de comprimer circulairement le membre, d'intercepter

la circulation des fluides, et d'être en outre fort incommode pour le malade, elle doit être rejetée.

Compression sur la tumeur. *Arnaud* et *Guattani* l'ont employée tour à tour, mais avec des moyens différens. Le premier a proposé un bandage mécanique composé de deux platines ovales et concaves que l'on applique sur la tumeur d'une part et la rotule de l'autre. Ces deux platines sont réunies par des courroies; celle du genou est surmontée d'une vis de pression. Le deuxième, *Guattani*, s'est servi de coussins oblongs qu'il plaçait sur la tumeur et le trajet de l'artère poplitée. Il maintenait le tout par quelques tours de bande.

Ces moyens, secondés par le régime débilitant, n'ont obtenu que peu de succès entre les mains de ces praticiens; c'est ce qui les a fait rejeter.

Compression au-dessus de la tumeur. Elle est très-ancienne; longtemps oubliée, elle a été depuis quelques années remise en pratique : c'est maintenant la seule admise et la plus convenable de toutes, quoiqu'elle présente, avec quelques avantages, beaucoup d'inconvéniens. Dans le premier cas, on trouve la facilité de choisir le lieu le plus favorable à son application, celui où l'artère est superficielle, et où il existe un point d'appui.

Parmi ces inconvéniens, on peut signaler les suivans : 1°. elle exige un temps très-long, quelquefois plusieurs mois; 2°. elle est difficilement supportable au malade; 3°. en choisissant l'endroit le plus avantageux pour comprimer l'artère, on sacrifie plusieurs collatérales importantes pour le rétablissement de la circulation. Malgré ces inconvéniens, M. *Dubois* a imaginé, pour rendre cette méthode plus avantageuse, un bandage particulier qui consiste en deux demi-cercles en fer : l'un doit porter sur les deux points diamétralement opposés de la cuisse, et à l'autre sont adaptées deux platines et une vis à écrou pareille à celle du tourniquet de *Petit*. Il est essentiel, lors-

qu'on fait la compression avec cet instrument, d'éviter d'interrompre tout d'un coup la circulation dans le membre inférieur : en prenant cette précaution, le sang n'arrivera que lentement dans les collatérales, favorisera l'existence du membre au-dessous de la tumeur, et préviendra la mortification des parties qui recevaient leur nourriture par le vaisseau qui vient d'être oblitéré.

Quoi qu'il en soit des résultats avantageux qu'on a pu retirer de cette compression, que je ne négligerais jamais d'employer dans le premier temps de l'anévrysme vrai de l'artère poplitée, je pense qu'il n'en est pas moins prouvé que c'est un moyen fort incertain, et utile seulement parce qu'il favorise la dilatation des collatérales et dispose au succès de l'opération par la ligature.

Compression immédiate.

La compression immédiate, quoiqu'employée pour parvenir au même but que la précédente, mais d'une manière plus certaine et surtout plus prompte, agit sur le vaisseau même. Elle a beaucoup d'analogie avec la méthode de *Hunter*, dont elle ne diffère que par le temps qu'il faut mettre pour obtenir la disparition de la tumeur et l'oblitération complète de l'artère.

Ici se rapporte l'histoire du presse-artère de *Deschamps*. On sait que *Deschamps*, frappé des difficultés que l'on rencontre quelquefois pour parvenir à serrer suffisamment une artère aussi grosse que la fémorale ou la poplitée, en même temps pour prévenir la rupture des membranes friables de ces artères et l'hémorrhagie, qui survient le plus ordinairement à la suite de la ligature circulaire, imagina un moyen facile d'y arriver à l'aide d'un instrument particulier, auquel il donna le nom de *serre-nœud* ou de *presse-artère*. Cet instrument se compose d'une plaque ovalaire, large de cinq à six lignes sur quatre de longueur et une et demie d'épaisseur. Cette plaque est percée de trois trous, dont deux sont situés sur ses parties latérales, et l'autre à son centre ; celui-ci reçoit une tige ronde de la longueur de deux

pouces environ, terminée à son extrémité libre par une échancrure, au-dessous de laquelle se trouve pratiqué un trou qui sert à recevoir un fosset. Cette plaque doit être posée transversalement sur l'artère; un lien ou lacet de la largeur d'une ligne et demie, servant de ligature, sera passé sous l'artère, et ensuite introduit, par ses extrémités, dans les ouvertures pratiquées de chaque côté de la plaque, et portées ensuite en sens opposé dans le trou de la tige, où elles sont maintenues par le fosset.

Par le moyen de cet instrument, il est facile de rapprocher les parois de l'artère, de produire son aplatissement d'une manière convenable, et de donner à la ligature un degré de constriction plus ou moins grand. De tous les instrumens connus pour obtenir l'oblitération de l'artère poplitée par la compression immédiate, il n'en est pas, je crois, qui puissent lui être comparés. Sûreté et exactitude dans la manière d'agir, facilité de modérer ou d'augmenter le degré de compression, il remplit toutes les indications; mais il a un inconvénient grave quand on veut obtenir une compression lente, successive, permanente, par son appareil un peu compliqué et la solidité des parties qui le composent.

La compression immédiate favorise la dilatation des collatérales, comme le fait la compression médiate; mais elle a, sur cette dernière, l'immense avantage d'agir directement sur le tube artériel, de ne point gêner la circulation des fluides, ce qui la rend infaillible pour obtenir l'oblitération absolue des artères poplitée et fémorale.

3°. *Ligature.*

La ligature est le moyen que l'on a le plus constamment employé et qui mérite le plus de confiance. Sa manière d'agir a beaucoup de rapport avec la compression, mais elle en diffère parce que ses effets sur le tube artériel sont plus prompts et plus directs. En effet, par la compression, le cours du sang n'est interrompu que d'une manière successive, graduelle; la ligature l'anéantit subitement, et les

indications seraient manquées s'il en passait une partie après l'application méthodique des ligatures.

Deux méthodes sont employées, aujourd'hui, pour la cure radicale de l'anévrysme poplité : l'une consiste à inciser sur la tumeur, à ouvrir le sac et à embrasser l'artère par une double ligature en haut et en bas ; c'est la méthode des anciens ; *Paul d'Égine* en est l'inventeur. L'autre diffère de la première en ce que la tumeur reste intacte, et qu'on applique les ligatures à l'artère fémorale. *J. Hunter* a donné son nom à celle-ci, quoique *Guillemeau* et *Anel* en soient les véritables inventeurs.

Opération de l'anévrysme de l'artère poplitée par la méthode des anciens.

Tout étant disposé pour l'opération, le malade préparé et placé horizontalement sur un lit, couché sur le ventre, le cours du sang arrêté par deux points de compression : un dans l'aine, près de la branche antérieure du pubis; l'autre à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse; le chirurgien, placé à la gauche du malade, quelque soit le côté de la maladie, saisit de la main droite un bistouri ordinaire, fait une incision de six à sept pouces de long sur la tumeur, de manière à ce qu'elle dépasse au moins de deux pouces de chaque côté. Cette précaution est nécessaire pour éviter les tiraillemens et les dilacérations souvent funestes qui surviennent après cette omission. L'incision doit être faite selon le trajet de l'artère poplitée, et dans une direction oblique de dedans en dehors et de haut en bas. On divise la peau, le tissu cellulaire jusqu'au sac, ayant soin d'éviter le nerf poplité interne, que l'on rencontre souvent dans cette première incision. Le chirurgien fait ensuite une large ouverture au sac, l'agrandit ensuite, enlève les portions de fibrine concrétée, et nettoie le sac avec une éponge imbibée d'eau tiède. Cela fait, il cherche le vaisseau, qu'il trouve ordinairement sur un des côtés du sac, et il prend une sonde de femme qu'il introduit dans son ouverture supérieure, sans le soulever. Si l'on ne

peut pas distinguer cette ouverture, on fera lâcher le tourniquet, et le sang qui sortira indiquera le lieu où elle se trouve. Aussitôt l'introduction de la sonde dans le bout supérieur, on prendra l'aiguille de *Deschamps*, armée de deux ligatures de six fils chacune, et on la dirigera sous la sonde, qui sert à faire connaître la situation de l'artère poplitée, en évitant de comprendre le nerf qui l'accompagne. Lorsqu'on se sera assuré qu'elle est saisie, on fera un premier nœud, en prenant les fils de la ligature inférieure et en les tirant transversalement sur l'extrémité des deux pouces, profondément enfoncés dans la plaie; on lâchera le tourniquet, et si le sang ne donne plus, on fera le second nœud. Si, malgré ces précautions, le sang sortait toujours, on se servirait du presse-artère. Deux autres ligatures seront passées de la même manière à la partie inférieure; la supérieure sera liée. Les autres fils ou ligatures d'attente, distantes à peu près de six lignes chacune de celles qui oblitèrent le vaisseau, seront entourées de linge fin et placées dans les angles de la plaie, laquelle sera nettoyée, remplie de charpie mollette et entourée de compresses soutenues par un bandage de *Scultet*. Le malade sera porté sur un lit commode, la jambe et la cuisse demi-fléchies et posées sur des coussins de balle d'avoine; tout le membre sera entouré de sachets à moitié remplis de sable chaud. Si le malade est irritable, on lui administrera quelques gouttes de laudanum et des boissons délayantes.

Méthode de Hunter.

Cette opération est beaucoup moins longue que la précédente; les accidens qui en peuvent résulter sont beaucoup moins graves, de sorte qu'elle est maintenant généralement adoptée, mais avec quelques modifications. En effet, on ne lie plus, comme le faisait *Hunter*, l'artère fémorale vers la partie moyenne de la cuisse. On a recours au procédé suivant, qui est dû à *Scarpa* : « Le malade sera placé sur le « bord du lit, les épaules et la tête plus relevées que les fesses, la « jambe et la cuisse à demi-fléchies, et appuyées sur un coussin. Un

« aide sera placé à côté du malade, de manière à pouvoir comprimer, « s'il le faut, l'artère fémorale à son issue de l'arcade crurale; je dis « s'il le faut, car, en effet, à moins de quelque accident survenu dans « le cours de l'opération, il est utile que le chirurgien soit libre de « sentir les battemens de l'artère fémorale. L'opérateur reconnaîtra, « par le tact, le trajet de l'artère fémorale superficielle depuis l'ar- « cade crurale, et quand il sera parvenu au bas, au lieu où il cessera « de pouvoir distinguer ses battemens, il déterminera ce point « comme devant répondre à l'angle inférieur de l'incision qu'il va « faire : cet angle doit tomber à peu près sur le bord interne du « muscle couturier, précisément dans le lieu où ce muscle croise la « direction de l'artère fémorale superficielle, et dans le sommet de « l'espace triangulaire formé par le concours du muscle second ad- « ducteur et du vaste interne. L'incision sera commencée un peu « plus de trois pouces au-dessus de ce lieu, et faite avec un bistouri « à tranchant convexe; elle sera dirigée selon une ligne légèrement « oblique de dehors en dedans, suivant le trajet de l'artère fémorale, « et terminée dans le lieu déjà indiqué, et elle devra comprendre les « tégumens et le tissu cellulaire qui doivent être divisés d'un seul « trait, et d'une main ferme jusqu'à la légère expansion aponévroti- « que du *fascia-lata* qui recouvre le trajet de l'artère. Ensuite, d'un « autre trait de bistouri, et avec beaucoup de légèreté, ou bien sur « la sonde cannelée, on incisera, dans la même direction, l'aponé- « vrose dont je viens de parler. » (Trad. de M. *Delpech.*) La plupart des chirurgiens commencent et finissent l'incision à peu près à un pouce plus bas que *Scarpa*, afin de s'éloigner de la fémorale superficielle, et pouvoir appliquer une nouvelle ligature si une hémorrhagie vient à se manifester.

Après avoir isolé l'artère fémorale de sa gaîne celluleuse, et l'avoir séparée avec précaution de la veine qui se trouve à sa partie interne, et des nerfs qui se trouvent placés à la partie externe et antérieure, le chirurgien passe autour d'elle un seul fil avec une aiguille mousse ou avec un stylet fenêtré, ou bien il place deux ligatures, comme le

recommande *Scarpa*, et il les noue sur un petit cylindre de toile, appliqué sur la partie antérieure de l'artère. M. le professeur *Roux* a complètement adopté le procédé de *Scarpa*, à cette seule différence près, que le cylindre qu'il applique sur l'artère est fait avec une petite bande de sparadrap de diachylon gommé roulée sur elle-même. Toutes les fois qu'on adopte le procédé de *Scarpa*, il est fort important d'empêcher les bords de la plaie de s'agglutiner entr'eux avant que les fils et le cylindre de toile se soient détachés. Les soins à donner au malade, après cette opération sont les mêmes que ceux que réclame son état après la ligature de l'artère poplitée, par la méthode des anciens.

Quand un anévrysme poplité, très-volumineux, menace de se rompre, occasionne de vives douleurs, affecte un sujet cacochyme, et a donné lieu, soit à l'érosion du tibia et du fémur, soit à l'engorgement œdémateux, et à la perte presque complète de la sensibilité de la partie inférieure du membre, il ne reste plus aucun espoir de guérir le malade, ni par l'ancienne, ni par la nouvelle méthode. L'amputation de la cuisse paraît indiquée; elle a été pratiquée plusieurs fois dans cette circonstance, et n'a que très-rarement réussi.

A la suite de l'un ou l'autre de ces deux modes opératoires, des accidens graves et de plusieurs genres peuvent jeter le malade dans un grand danger, et même occasioner sa mort. Ces accidens, que je me contenterai seulement d'énumérer, sont, des douleurs violentes dans le membre opéré, des hémorrhagies consécutives, une inflammation des parties voisines de la plaie, la gangrène, et même le sphacèle de la partie inférieure du membre abdominal.

Les ligatures appliquées, soit au-dessus et au-dessous de la tumeur, d'après la méthode des anciens, soit sur l'artère fémorale, d'après la méthode de *Hunter*, tombent le plus ordinairement du douzième au vingtième jour.

Si l'on a occasion d'examiner le membre opéré après la guérison, on trouve l'artère tantôt oblitérée, depuis le point où elle avait été liée jusqu'au-dessous de la tumeur, tantôt dans le lieu de la ligature, et remplie par un caillot dur et adhérent, ou même à l'endroit

de la tumeur, mais conservant sa cavité dans le point intermédiaire. Les collatérales qui aboutissent au tronc oblitéré ou à l'anévrysme lui-même, s'oblitèrent aussi dans une certaine étendue ; mais leurs branches restent perméables au sang ; elles forment, avec les artères de la partie supérieure et celles de la partie inférieure du membre, des arcades anastomotiques fort importantes, puisqu'elles seules entretiennent la circulation dans cette partie.

Dans quels cas doit-on préférer la méthode des anciens ou la méthode de *Hunter*.

Je pense que, dans la première période de l'anévrysme de l'artère poplitée, lorsque la tumeur a acquis peu de volume, qu'elle est sans douleur, que le sang est fluide, la méthode de *Hunter* mérite la préférence ; elle la mériterait encore dans le cas où l'on prévoirait de trop grands obstacles pour atteindre le tronc artériel, par exemple, si l'anévrysme était situé à la partie inférieure de la poplitée, très-près des éminences condyloïdiennes du fémur.

Mais, lorsque l'anévrysme poplité est très-volumineux, que l'espace de temps considérable depuis lequel s'est manifestée la tumeur peut y faire soupçonner la présence d'un sang grumelé, lequel ne peut se mettre en rapport de sensibilité avec les absorbans, ou ces derniers étant trop débilités, et n'ayant pas assez d'énergie pour conduire le sang dans le torrent de la circulation, je suis porté à croire, étayé de l'autorité de M. *Richerand* et de beaucoup d'autres praticiens, que, dans ce cas, on doit donner la préférence à la méthode des anciens.

C'est d'ailleurs aux praticiens, d'après les circonstances variées dans lesquelles ils se trouvent, à se décider pour telle ou telle méthode, et aux succès à confirmer le choix des moyens.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

III.

Sanguine multo effuso, convulsio, aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.

IV.

Podagrici morbi, vere et autumno moventur ut plurimùm. *Sect.* 6, *aph.* 55.

V.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7. *aph.* 1.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6